Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 4 de Outubro de 1904

PARA SER DEFENDIDA

POR

João Francisco Soares Brandão

Natural de Pernambuco

AFIM DE OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

AS PARALYSIAS DO SETIMO PAR

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

IMPRENSA MODERNA DE PRUDENCIO DE CARVALHO

Ruá S. Francisco n. 29

1904

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO

VICE-DIRECTOR—Dr. ALEXANDRE E. DE CASTRO CERQUEIRA

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
J. Carneiro de Campos.	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas.	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira. . . .	Histologia
Augusto C. Vianna.	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello. . . .	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho. .	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Raymundo Nina Rodrigues. . . .	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca.	Hygiene.
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral . .	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia .	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna.	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho. . .	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira.	Clinica medica 2.ª cadeira
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão . . .	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos.	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira . . .	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira. . .	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira . . .	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Lentes substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho (interino. . . .	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão . . .	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Josino Correia Cotias	4.ª »
Antonino Baptista dos Anjos (interino) .	5.ª
João Americo Garcez Fróes.	6.ª
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans.	7.ª
J. Adeodato de Sou a	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães . . .	9.ª »
Clodoaldo de Andrade.	10. »
Carlos Ferreira Santos	11. »
Luiz Pinto de Carvalho (interino) . . .	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses, pelo seus autores.

Anatomia do nervo facial

O nervo facial nasce da fossetta lateral do bulbo por duas raizes completamente distinctas, uma interna e outra externa.

A mais importante dellas é a interna que constitue o facial propriamente dito. Ella sahe do bulbo para traz e para fóra do oculo-motor externo, entre a borda inferior da protuberancia e a extremidade superior da oliva.

A raiz menor e a menos importante, que é a externa, acha-se collocada entre o nervo auditivo e a raiz interna.

Esta situação valeu-lhe o nome de nervo intermediario, dado por Wrisberg.

Da fossetta supra-olivar, onde nasce o facial propriamente dito, este nervo dirige-se obliquamente para cima, para diante e para fóra em busca do conducto auditivo interno, no qual se interna em companhia do auditivo e do nervo de Wrisberg.

Chegando dentro do conducto auditivo interno,

o facial, curva-se para deante, penetra no aqueducto de Fallopio, que lhe é especialmente destinado, e o percorre em toda sua extensão, seguindo regularmente todas as suas curvas.

O nervo facial no aqueducto de Fallopio, tem como o proprio canal osseo, dous cotovellos e tres porções determinadas por estes cotovellos, as quaes são: *a)* uma primeira porção, horisontal e antero-posterior medindo 3 a 5 millimetros, que vae do fundo do conducto auditivo ao primeiro cotovello; *b)* uma segunda porção transversal, ligeiramente obliqua de dentro para fora e de cima para baixo, indo de um cotovello a outro, medindo de comprimento 10 a 12 millimetros; *c)* uma terceira porção dirigida, finalmente, no sentido vertical para baixo, e indo do segundo cotovello ao buraco estylo-mastoideo; tem de comprimento 10 a 12 millimetros.

Partindo do buraco estylo-mastoideo, o facial dirige-se para baixo e para diante, e depois de um trajecto de 10 a 15 millimetros, divide-se em plena parotida em dous ramos: o temporo-facial e o cervico-facial, os quaes cobrem de ramificações a metade correspondente da face e do pescoço.

Falemos um pouco do nervo de Wrisberg, do ganglio geniculado.

O nervo intermediario segue o facial até o conducto auditivo interno. Penetrando no aqueducto de Fallopio, termina-se em um ganglio, denominado ganglio geniculado.

Tem a forma de uma pyramide triangular, o ganglio geniculado, cuja base dirigida, como sabemos para traz, cobre o primeiro cotovello do facial e cujo vertice dirigido para diante olha o hiatus de Fallopio.

Perto do seu angulo interno o ganglio geniculado recebe o nervo intermediario de Wrisberg.

Segundo os exames histologicos feitos por Lenhossek em 1894, o ganglio geniculado é constituido essencialmente por cellulas unipolares, eguaes ás dos ganglios espinhaes.

O intermediario de Wrisberg, chamado por Sapolini o decimo terceiro nervo craneano, com seu ganglio geniculado, tem a significação de uma raiz sensitiva, que está annexa ao facial propriamente dito, como a raiz posterior de um nervo rachidiano está annexa á raiz anterior correspondente.

Pelo exposto, o facial primitivamente e exclusivamente motor, torna-se, para baixo do ganglio

geniculado, um verdadeiro nervo mixto, possuindo ao mesmo tempo, as fibras motoras que lhe são proprias e fibras sensitivas que vêm do nervo de Wrisberg.

Sob o ponto de vista, de suas relações, o nervo facial deve ser examinado separadamente no cerebro, no conducto auditivo interno, no aqueducto de Fallopio e depois de sua sahida no buraco estylo-mastoideo.

No cerebro, o facial corresponde por sua face superior á protuberancia, ao pedunculo cerebelloso medio e ao cerebello. Por sua face inferior, elle repousa na parte externa da gotteira basilar, sobre o seio petreo inferior, e sobre a face posterior do rochedo.

No conducto auditivo interno, o facial acompanha o nervo auditivo que está situado abaixo delle, formando uma gotteira para o receber.

O nervo de Wrisberg caminha entre os dous.

São os tres envoltos por uma bainha commum, fornecida pela arachnoide.

A arteria estylo-mastoidéa segue o nervo facial, no aqueducto da Fallopio. Depois de sua sahida pelo buraco estylo-mastoideo, o facial ganha a espessura da glandula parotida, deixando-a perto da

borda posterior do masseter, onde dá diversos ramos terminaes.

E' impossivel extirpar-se a glandula parotida, como diz o prof. Tillaux, sem lesar o facial, portanto sem paralysia da face correspondente.

No conducto auditivo interno, o nervo facial e o auditivo estão ligados por duas anastomoses, uma interna e outra externa.

A anastomose interna é representada por fibras nervosas que nascem do intermediario de Wrisberg, indo umas para o auditivo e outras para o facial.

E' ainda desconhecida a significação destas fibras, isto é, o modo de terminação e origem.

A anastomose externa é constituida por dous ou tres filetes que se destacam do facial ao nivel de seu primitivo cotovello, isto é, no aqueducto de Fallopio, e que d'ahi se dirigem ao ganglio de Scarpa, o qual se acha situado no trajecto do ramo vestibular do auditivo.

Tem o nervo facial, alem do conducto auditivo interno, anastomoses com o glosso-pharyngeo, o trigemeo, o pneumogastrio e com o plexus cervical superficial.

Alem dos dous ramos terminaes, que são o cervico-facial e temporo-facial, o nervo facial dá 10

ramos collateraes; os cinco primeiros nascem da porção do nervo que está contida no aqueducto de Fallopio: são os ramos intra-petreos; os cinco ultimos nascem fora do rochedo, um pouco abaixo do buraco estylo-mastoideo: são chamados ramos extra-petreos.

Vejamos successivamente cada um delles, e tambem os dous ramos terminaes.

Os ramos collateraes intra-petreos são, de cima para baixo, o grande nervo petreo-superficial, o pequeno nervo petreo-superficial, o nervo do musculo do estribo, a corda do tympano e o ramo anastomotico do pneumogastrio.

O grande nervo petreo-superficial destaca-se do vertice do ganglio geniculado, em frente ao hiatus de Fallopio. Por este hiatus é que elle sahe do rochedo, caminhando na face anterior do osso, em uma gotteira especial, que o leva ao buraco rasgado anterior.

Recebe do glosso-pharyngeo um pequeno filete sensitivo, o grande nervo petreo profundo, na face anterior do rochedo. Chegando ao buraco rasgado anterior, o grande nervo petreo superficial reune-se a um ramo do plexus carotidiano, e desta união

resulta o nervo vidiano. Termina-se, na parte posterior do ganglio espheno-patalino.

O grande nervo petreo-superficial, é physiologicamente muito complexo.

Admitte-se geralmente que este nervo tenha alem das fibras do glosso-pharyngeo e do sympathico, tres ordens de fibras, que são: fibras motoras, fibras gustativas e fibras sensitivas.

As fibras motoras que vêm do facial e que, por intermedio do ganglio espheno-palatino e do nervo palatino posterior, innervam os dous musculos, peristaphyllino interno e palato-estaphyllino.

As fibras gustativas provêm do intermediario de Wrisberg ou mais ainda, do seu ganglio, e se distribuem na mucosa palatina.

Finalmente temos as fibras sensitivas que caminham em sentido inverso das fibras precedentes, indo do ganglio espheno palatino ao nervo facial.

Nós sabemos já que o nervo facial, abaixo do buraco estylo-mastoideo, não é somente motor, é tambem sensitivo. Esta sensibilidade, do nervo facial parece vir em parte destas ultimas fibras e por consequencia, do maxillar superior, segundo ramo do trigemeo.

O pequeno nervo petreo-superficial separa-se

do facial ao nivel do angulo externo do ganglio geniculado; não parece ter relação alguma com este ganglio. Elle interna-se em uma gotteira parallela á do grande petreo, sahindo do craneo por uma pequena abertura, situada entre o buraco oval e o buraco pequeno redondo, e vem se terminar no ganglio otico, do qual elle constitue a raiz motora.

Como o grande petreo superficial, o pequeno nervo petreo superficial, passando sobre a face anterior do rochedo, recebe o pequeno nervo petreo profundo, anastomose sensitiva, que lhe envia o glosso-pharyngeo.

O nervo do musculo do estribo, separa-se do facial em sua porção descendente. Sahe do aqueducto, e não do rochedo, por um pequeno canal que o leva até o canal da pyramide; ahi, encontrando o musculo do estribo, termina-se n'elle.

E' um ramo volumoso a corda do tympano, que nasce do facial acima do nervo do musculo do estribo, a tres ou quatro millimetros acima do buraco estylo-mastoideo.

Seguindo logo depois um trajecto recurrente, a corda do tympano dirige-se para cima e para deante, entrando em um canal osseo particular,

chamado o canal posterior da corda, e chega assim á parte posterior e superior da caixa do tympano.

Atravessa a caixa do tympano de detraz para deante descrevendo uma curva de concavidade dirigida para baixo. Proseguindo em seu trajecto ella intromette-se em um novo canal osseo de 8 a 10 millimetros de comprimento; é o canal anterior da corda, o qual é situado um pouco acima da fenda de Glasser.

Sahindo deste canal por um orificio proximo da espinha do esphenoide, chega desta maneira á base do craneo.

Dirige-se então para o nervo lingual com o qual se funde.

Em sua passagem atravez da caixa, a corda do tympano apresenta relações importantes. Ella applica-se, á maneira de um arco, contra a parte superior da membrana do tympano. O arco descripto pela porção livre da corda passa exactamente entre o cabo do martello, que está para fóra, e o ramo vertical da bigorna, que está para dentro e um pouco para traz.

Unida ao lingual, a corda do tympano segue o trajecto e a distribuição desse nervo. Termina-

se como elle, nas duas glandulas submaxillar e sublingual, ás quaes envia fibras vaso-dilatadoras e fibras secretoras.

Distribuê-se na mucosa da metade anterior da lingua, á qual fornece fibras vaso dilatadoras para os vasos, secretoras para as glandulas e gustativas para os corpusculos gustativos.

O ramo anastomotico do pneumogastrio, chamado tambem ramo auricular do pneumogastrio (Arnold), ramo da fossa jugular (Cruveilhier) destaca-se do facial a 4 ou 5 millimetros, abaixo do buraco estylo-mastoideo. Nasce, portanto, na mesma altura da corda do tympano, sendo que esta dirige-se para diante e aquelle para traz. Segue um pequeno canal osseo que o leva á fossa jugular.

Ladeando então a parede anterior da fossa jugular, contorna em meio-circulo a veia jugular interna e chega assim ao ganglio superior do pneumogastrio onde se termina.

Admitte-se geralmente que o ramo da fossa jugular é realmente constituido por dous ramos unidos, de valor muito differente e caminhando em sentido inverso, isto é, um motor e outro sensitivo; este caminhando do ganglio jugular para o facial, e aquelle do facial ao ganglio jugular do

pneumogastrio; isto é, o sensitivo da peripheria para o centro e o motor do centro para a peripheria.

O ramo sensitivo, chegando no aqueducto de Fallopio, cruza o facial no seu lado posterior e fornece-lhe um pequeno filete descendente. Depois, seguindo seu caminho, sahe do aqueducto e entra em um pequeno canal osseo, chamado *canaliculus mastoideus*, que o conduz á base do craneo, entre o condncto auditivo externo e a apophyse mastoide.

O ramo se divide então em dous filetes, dos quaes um se anastomosa com o nervo auricular posterior, ao passo que o outro vem se distribuir na face interna do pavilhão e na parede postero-inferior do conducto auditivo.

Discrevamos agora os ramos collateraes extrapetreos.

Os ramos collateraes extra-petreos, como vimos, são em numero de cinco: ramo anastomotico do glosso-pharyngeo, ramo auricular posterior, ramo do digastrico, ramo do estylo-hyoideo e finalmente ramo lingual.

O ramo anostomotico do glosso-pharyngeo como o seu nome indica, une este nervo ao facial.

Não é constante. Quando existe destaca-se do facial immediatamente abaixo do buraco estylo-mastoidéo, dirigindo-se de fora para dentro, contornando em aza o lado anterior da veia jugular interna, constituindo a ansa de Haller, e vem se terminar no tronco do glosso-pharyngeo, um pouco abaixo do ganglio de Andersch.

O nervo auricular posterior separa-se egualmente do facial na sua sâhida do buraco estylo-mastoideo. Dirige-se transversalmente para fora, em busca da borda anterior da apophyse mastoide, contorna esta borda, curvando-se para cima e chega assim na região mastoidea, sobre as inserções superiores do esterno-cleido-mastoideo. Recebe ahi uma anastomose do ramo auricular do plexus cervical superficial e divide-se em dous filetes um ascendente e outro horizontal.

O ascendente ou superior dirige-se para cima entre a apophyse mastoide e o pavilhão da orelha e vem se terminar nos dous musculos auriculares posterior e superior. O outro filete, que é o horisontal, chamado tambem posterior, dirige-se para traz, ladeando a linha curva occipital superior, soffrendo uma pequena incurvação, e vem

se terminar por dous ou tres ramos divergentes no musculo occipital.

O ramo do digastrico nasce abaixo do buraco estylo-mastoideo e vae lançar-se no ventre posterior do musculo digastrico.

O ramo do estylo hyoideo nasce na altura do digastrico e ás vezes por um tronco unico. Dirigindo-se obliquamente para baixo, para diante e para dentro vem se terminar do musculo estylo hyondeo.

O ramo lingual, notavel por seu longo trajecto, vae do buraco estylo mastoideo á base da lingua. Situado na parte externa e anterior do musculo estylo-pharyngeo, elle attinge logo a face lateral da pharynge, onde encontra alguns filetes do glosso pharyngeo, prosegue entre o pilar anterior do véo do paladar e a amygdala, e deste modo chega á base da lingua, onde termina-se por duas ordens de filetes: filetes mucosos que seguem as ramificações terminaes do glosso-pharyngeo na mucosa da lingua, e filetes musculares que vão para os dous musculos glosso-estaphyllino e estylo-glosso.

Falta-nos agora a ramificação terminal do facial.

Como sabemos, os ramos terminaes são dous: o cervico-facial e temporo-facial.

O ramo temporo-facial, que jaz a principio na espessura da parotida, dirige-se, para cima e para deante, em busca do collo do condylo do maxillar inferior, recebendo ahi, do nervo auriculo temporal, um ou varios ramos anastomoticos, dividindo-se depois em tres ou quatro ramos, os quaes se dividindo e subdividindo-se por sua vez, se terminam finalmente em uma multidão de filetes divergentes.

Estes filetes frequentemente anastomosados entre si, e com os ramos terminaes do trigemeo, que lhes cedem uma sensibilidade chamada recurrente, enchem o espaço angular comprehendido entre uma linha vertical que desce da região temporal para o collo do condylo, e uma linha que do mesmo condylo dirige-se para a commissura labial.

Costumam os anatomistas dividir os filetes terminaes do ramo temporo-facial em um certo numero de grupos, para melhor comprehensão:

1º Filetes temporaes que vão para a região temporal e distribuem-se ao musculo auricular anterior.

2º Filetes frontaes que se dirigem obliquamente

para cima e para deante em busca do musculo frontal no qual elles se terminam.

3º Filetes palpebraes situados abaixo dos precedentes, que se distribuem ao superciliar e ao orbicular das palpebras.

4º Filetes nasaes ou sub-orbitarios, que ladeiando primeiramente o canal de Stenon, vêm se perder, por numerosos ramos, nos musculos grande zygomatico, pequeno zygomatico, canino, elevador proprio do labio superior, elevador proprio da aza do nariz e do labio superior, pyramidal, triangular do nariz, dilatador das narinas, e myrtiforme.

5º Filetes buccaes superiores, destinados ao buccinador e á metade superior do orbicular dos labios.

Filetes nasaes e filetes buccaes dão constantemente um certo numero de ramusculos que se perdem nas paredes da arteria facial; são filetes vasculares.

Vejamos agora o cervico facial.

O ramo cervico-facial acha-se situado como o precedente na espessura da glandula parotida.

Seguindo a direcção do tronco do qual elle emana, dirige-se obliquamente para baixo e para deante, recebe ordinariamente um ou dous filetes

anastomoticos do ramo auricular do plexus cervical superficial e chegando ao angulo do maxillar inferior divide-se em tres ou quatro ramos divergentes, que ainda se dividem e subdividem dando logar a numerosos filetes terminaes.

Dividimol-o em tres grupos: 1º, filetes buccaes inferiores que vão para o risorius de Santorini, para o musculo buccinador e para a metade inferior do orbicular dos labios; 2º, filetes que se dirigem para o mento, e vão se terminar nos musculos quadrado do mento, triangular dos labios, se anastomosando para formar o plexus mentonniano, com as ramificações do nervo dentario inferior; 3º, filetes cervicaes que descem pela região hyoidéa para se distribuirem no musculo cutaneo.

Entremos agora na origem real do nervo facial.

O nervo facial, como resam as anatomias, sahe do bulbo ao nivel da fossetta supra-olivar.

O nucleo de origem do facial acha-se profundamente situado na parte antero-externa da calotte protuberancial, um pouco para traz do oliva superior, tendo ao seu lado interno os feixes radiculares do oculo-motor externo, e ao seu lado externo a raiz bulbar do trigemeo.

Elle é formado por uma pequena columna de

substancia cinzenta, longitudinalmente situada e medindo $3^{mm},5$ de altura, na media.

Em cortes dados transversalmente, elle tem uma forma irregularmente circular, tendo de diametro antero-posterior $2^{mm},5$, e de diametro transversal, $1^{mm},5$ a 2 millimetros.

O nucleo do facial occupa a parte inferior da protuberancia. O nucleo ambiguo acha-se situado para cima delle, e o mastigador para baixo.

Os nucleos ambiguo, mastigador e facial são representantes do cabeça dos cornos anteriores da medulla espinhal.

Examinando-se hístologicamente o nucleo de origem do facial se vê que elle cònsta essencialmente de grandes cellulas multipolares, tendo de diametro 50 a 60 μ. Sua constituição não é homogenea, sendo por Huguenin, dividida em duas partes; uma mais importante, é a anterior ou ventral, onde estão collocadas as grandes cellulas multipolares; outra, a posterior ou dorsal, menos volumosa e encerrando cellulas menores o que a distingue das anteriores.

O trajecto intra-bulbar do facial, é mais facil de ser examinado quando o animal de experiencia

tem a protuberancia mais pobre em fibras transversas; por exemplo, no gato que tem a protuberancia menos rica em fibras transversas que o homem.

No seu trajecto intra-bulbar o facial, muda quatro vezes de direcção, apresentando-nos portanto cinco porções separadas por cotovellos mais ou menos bruscos.

A primeira porção dirigida de traz para deante vae da fossetta supra-olivar ao lado antero-externo da eminentia teres; a segunda porção transversalmente dirigida e muito curta, está comprehendida entre a eminentia teres e a linha mediana; a terceira porção, que é longitudinal, é o fasciculus teres, ladeia a linha mediana; a quarta porção de direcção transversal afasta-se para fora da linha mediana, e finalmente a quinta porção, que dirige-se obliquamente para deante e para fora, indo da quarta porção ao nucleo de origem do nervo.

O nervo facial do homem, em seu trajecto intrabulbar, tem a forma de uma curva, cuja parte media subjacente ao pavimento do quarto ventriculo, inclina-se para a linha mediana.

A inclinação da parte media sobre a linha me-

diana é a unica differença que existe entre o facial do homem e o facial do gato.

A porção media ou ventricular do facial contorna os tres lados, anterior, interno e posterior do nucleo do oculo-motor externo.

Mathias Duval e outros tiraram conclusões dessa disposição anatomica, dando ao nucleo facial superior situação analoga ao do motor ocular externo. Para este autor o nucleo do oculo-motor externo é commum ao facial superior.

Mas para Testut, cuja competencia nós conhecemos, o facial não apresenta com o nucleo oculo-motor externo senão relações de contiguidade.

Um ponto ainda controvertido para a maioria dos auctores, é saber si as fibras constitutivas do facial nascem do nucleo de origem correspondente, ou si um certo numero dellas provêm, atravez do raphe mediano, do nucleo do lado opposto, ou si não existe para as fibras do facial uma decussação parcial.

Van Gehuchten viu, no embryão da gallinha, um certo numero de fibras do facial dirigirem-se para dentro e atravessarem a linha mediana; sem resultado, infelizmente, por causa da solução chromo-argentica que se reduziu incompletamente,

impossibilitando o illustre investigador de seguir estas fibras até as suas cellulas de origem.

Nissl e Marinesco, verificaram, o primeiro no coelho e o segundo no cão, que quando secciona-se o facial de um lado, observa-se phenomenos de chromatolyse, não somente no nucleo do lado correspondente, como tambem no nucleo do lado opposto, prova evidente de que o tronco nervoso seccionado recebe suas fibras ao mesmo tempo de um e outro nucleos. E' provavel que esta disposição se encontre tambem no homem.

O facial, como já dissemos acima, innerva todos os musculos cutaneos da face.

A clinica nos ensina que na paralysia facial de origem bulbar, por exemplo: na paralysia glosso labio-laryngea, onde o nucleo do facial é inteiramente destruido; um certo numero de musculos da região superior da face não é attingido.

Os musculos respeitados são: o orbicular das palpebras, o supraciliar e o frontal, musculos que são innervados como veremos adeante pelo facial superior, isto é, para os que acceitam esta divisão do facial em superior e inferior.

O nucleo bulbar do facial innerva somente os musculos inferiores da face. Testut admitte que o

facial superior tem nucleo proprio, assim como o facial inferior.

O nucleo do facial superior, o que innerva os tres musculos precitados que são o orbicular das palpebras superciliar e frontal foi considerado como sendo commum com o nucleo do motor ocular externo.

Testut é contrario a este modo de pensar. As experiencias minuciosas do eminente Mendel, feitas em coelhos e cobayas, extirpando as duas palpebras, entrando nesta extirpação os musculos superciliar e frontal, e verifica, varios mezes depois, quando existe a degeneração esperada, que o nucleo do facial e do oculo motor externo são intactos, posto que o nucleo do oculo-motor commum soffre uma pequena atrophia em sua parte posterior.

Alem disto o arrancamento do oculo-motor commum, produzindo a degeneração da maior parte do nucleo do oculo-motor commum, deixa intacto sua extremidade posterior (Obersteiner). Parece pois racional, diz o professor Testut, que o nucleo do facial superior é formado pela porção a mais posterior do nucleo do oculo-motor commum.

Para Mendel passariam essas fibras na faixa

longitudinal posterior, deceriam com ellas até ao joelho do facial e se lançariam então no ramo de sahida deste nervo para ganhar definitivamente, pelo ramo temporo-facial, o grupo muscular ao qual pertence.

A opinião de Mendel sustentada por uns e repellida por outros, não está assentada sobre bases solidas, e recentemente Marinesco (1898), depois de numerosas secções do facial superior tendo determinado chromatolyse na parte inferior, do nucleo classico do facial, não hesita em collocar neste nucleo, a origem das fibras que innervam os musculos superiores da face.

Este nucleo para Marinesco é commum aos dous faciaes.

Etiologia e classificação

Foi certamente Bell, quem primeiro estudou as paralysias do setimo par, cabendo-lhe como premio a immortalidade, pois hoje paralysia facial tem como expressão synonyma — paralysia de Bell, nome pelo qual Graves, o eminente sabio inglez, denominava as paralysias do setimo par.

E' corrente na sciencia dividirem-se as paralysias faciaes em — paralysias periphericas e paralysias centraes.

O prof. Dieulafoy, com o tino clinico que lhe é peculiar, divide-as, segundo a séde da lesão, em quatro grupos.

No primeiro grupo colloca o eminente clinico as paralysias periphericas, no segundo trata exclusivamente das paralysias intra-temporaes, no terceiro vêm as paralysias bulbo-protuberanciaes, e finalmente no quarto grupo temos as paralysias cerebraes, isto é, de origem cerebral, subdividindo estas ainda em centraes e corticaes.

Diz-se que a paralysia é funicular quando o nervo facial é attingido pela lesão depois de sua sahida do buraco estylo-mastoideo; quando, o nervo, por exemplo, é comprimido ou alcançado por qualquer processo morbido na região parotidiana.

O prof. Dejerine divide as paralysias faciaes, em centraes e periphericas.

As paralysias periphericas, para o eminente professor, dividem-se em nucleares e infra-nucleares, e as centraes em supra-nucleares.

A paralysia de causa peripherica pode ser a consequencia da alteração do nucleo de origem do facial, ou bem ser produzida por uma lesão no proprio nervo facial, desde seus filetes radiculares até seus ramos periphericos.

Quem diz é Dejerine.

Quanto á paralysia facil de origem central (paralysia supra-nuclear) pode ser produzida por uma lesão, localisando-se em um ponto qualquer do trajecto dos neuronas do nervo facial, desde o operculo solandico, centro dos neuronas, até suas arborisações em volta do nucleo de origem deste nervo, na região bulbo-protuberancial.

Diz-se geralmente que paralysia funicular é synonyma de paralysia peripherica.

Realmente todas as paralysias funiculares são periphericas, mas a reciproca não é verdadeira.

Achamos melhor a divisão das paralysias em periphericas e centraes; dividindo ainda as centraes, em bulbo-protuberanciaes e em cerebraes, e as periphericas em intra-temporaes e funiculares.

São periphericas as paralysias *a frigore*.

Porventura as paralysias intra-temporaes não podem ter como factor etiologico o frio? Respondemos pela affirmativa.

Pelo que fica exposto as paralysias periphericas são as unicas em que o frio pode entrar como factor etiologico.

Lembremos, porem, que a ninguem é permittido tirar d'ahi a conclusão de que as paralysias periphericas têm como factor unico o frio.

Não.

Tudo o que lesar o nervo em seu trajecto intratemporal até as suas ramificações, entra, de certo, como factor nas referidas paralysias.

O prof. Berard explica o mecanismo da producção da paralysia *a frigore* da maneira seguinte:

o frio, actuando sobre o nervo, congestiona-o; dessa congestão vem o intumescimento, e sabendo nós que elle tem como caminho o aqueducto de Fallopio, caminho osseo, situado em pleno rochedo, e como tal inextensivel, desse intumescimento, resulta o estrangulamento do nervo no referido canal osseo, e como consequencia immediata a paralysia do nervo.

Portanto a paralysia *a frigore* é uma paralysia por compressão.

Vimos um caso interessante de paralysia facial peripherica, em um collega nosso, paralysia cujo factor unico fôra o frio; o que garantimos, porque o tratamento e a historia pregressa do doente nos levaram a tal conclusão.

De perto assistimos o valor do aphorismo: *Naturam morborum curationes ostendunt.*

A causa, a mais commum dessas paralysias é, incontestavelmente, o frio; o individuo recebendo inopinadamente uma corrente de ar frio, como sóe acontecer, quando passamos bruscamente de um meio cuja temperatura é elevada, para um outro de mais baixa condição thermica, póde, por isso mesmo, contrahir uma paralysia do setimo par de denominação *a frigore.*

As emoções podem tambem intervir na producção das paralysias; tal o caso de que nos fala Trousseau, mostrando-nos um individuo que, depois de ter tomado um grande susto, manifestou uma hemiplegia facial.

Temos ainda como factores etiologicos das paralysias faciaes diversas outras causas.

O traumatismo entra, embora raramente, quer seja accidental, quer seja cirurgico.

Um individuo recebendo um ferimento na região mastoidéa, e esse ferimento attingindo o facial, é logico que haja paralysia.

O traumatismo cirurgico observa-se todas as vezes que é preciso intervir lá para as bandas da região parotidiana.

Um tumor situado na glandula parotida, exigindo a intervenção cirurgica, sempre traz como resultado a paralysia do lado da face que foi operada.

O prof. Tillaux affirma (e isto para elle tem o caracter da evidencia), que todo o cirurgião que diz ter extirpado a glandula parotida, sem lesar o nervo facial, que, como sabemos, se acha situado em pleno tecido glandular, enganou-se redondamente.

Portanto, para o eminente mestre supracitado, a intervenção cirurgica na glandula parotida traz como consequencia inevitavel a paralysia do lado da face correspondente.

Realmente, pensando-se bem, se vê que é difficillimo separar-se o nervo facial numa parotida sã, ou mesmo quasi impossivel sem lesar o referido nervo; e muito mais na glandula em que se assesta um neoplasma, e na qual o tecido circumvizinho inflammado torna ainda mais problematica a integridade do facial.

Concordamos com o prof. de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Paris.

A mão, por mais educada que seja, não poupa os filetes nervosos; embora continuem alguns cirurgiões a louvar-se de tel-o feito.

As fracturas do craneo tambem podem produzir a paralysia do referido nervo, logo que compromettam a integridade funccional do facial.

As lesões de vizinhança, actuam, ou por compressão, ou por propagação de um processo pathologico ao tronco do nervo.

Citemos em nosso apoio os abcessos, os tumores, as cicatrizes na loja parotidiana, os aneurysmas da base do craneo, as exostoses, as

affecções do rochedo e das cavidades auriculares, as alterações das meninges.

A carie do rochedo, a otite media e mesmo, segundo Craig, a abundancia de cerumen dentro do ouvido, podem provocar a paralysia do facial.

Muita vez chega-nos um doente portador de uma paralysia do facial, e depois de um exame minucioso, verificamos que a causa da paralysia é uma otite media desconhecida do doente, tendo-nos passado pela mente, a principio, a supposição de que estavamos deante de uma paralysia cuja causa fôra o frio.

Ás vezes mesmo, o doente para ser agradavel, responde pela affirmativa ás perguntas que lhe são feitas pelo medico.

E deante disso, como reconhecer a causa?

Sempre temos censurado o modo de interrogar o doente, fazendo ao mesmo tempo perguntas que por qualquer maneira tragam em si concordancia do interrogado.

Devemos pedir ao doente que nos conte a historia de sua molestia.

Muita vez interrogamos ao nosso doente sobre a existencia de tal symptoma, e elle nos responde que sim, que soffre, e minutos depois, relata-nos

outro que seria impossivel co-existir com o primeiro, tendo o medico de presenciar tamanha incoherencia.

Certas molestias infectuosas, produzindo nevrites do facial, são tambem causa de paralysias.

Conhecemos as nevrites infectuosas, na diphteria, na erysipela, na dothienenteria, no estado puerperal, na escarlatina, e até mesmo no tetanos.

Vem ás vezes a paralysia associada ao herpes-zoster.

A polynevrite diz Hallion, respeita habitualmente o setimo par; porem vemos excepções a essa lei, que não é absoluta.

Strumpell e Savage relatam factos de paralysia facial dupla no curso da nevrite multipla.

Todas as intoxicações, principalmente o saturnismo, podem trazer como resultado a paralysia do setimo par.

Vimos que as molestias infectuosas podem produzir paralysias, e isto vem explicar as epidemias de paralysias faciaes.

As paralysias obstetricas estão collocadas ao lado das paralysias traumaticas, quer seja o traumatismo produzido pelos ramos do forceps, quer

seja produzido mesmo pela compressão do nervo pelas proprias paredes da bacia.

Não falamos das paralysias congenitas, que de ordinario, trazem o compromettimento dos orgãos da vizão, e que nos parece devidas á affecção bulbar, tambem congenita, como pensa Schultze.

A herança nevropathica e o arthritismo concorrem incontestavelmente para a producção da paralysia facial.

Charcot e Feré consideram a paralysia de Bell, uma verdadeira nevrose, obedecendo ás leis da herança nervosa similar ou de transformação, e podendo juntar-se a outras affecções nevropathicas, com o bocio exophtalmico, por exemplo.

O prof. André, da Faculdade de Medicina de Toulouse, fala-nos de uma senhora attingida de palpitações cardiacas com tachycardia, e cujo estado mental era tal, que trazia os seus paes assustados.

Diversos medicos que foram chamados para vel-a, pensaram estar deante de uma hypertrophia cardiaca; outros, dentre os quaes o proprio prof. André, suppunham, uma hyperkinesia de origem nervosa, em um estado adiantado de hypocondria.

Passaram-se os tempos, e um dia, o referido prof. foi chamado novamente para vel-a.

Tinha a antiga doente uma paralysia facial esquerda, contrahida depois de um resfriamento.

Curou-se dessa paralysia, não dolorosa, depois do emprego de algumas electrisações faradicas.

Algum tempo depois, appareceu a referida senhora com uma tumefacção, bastante notavel da região thyroidéa.

O prof. André diagnosticou então um caso de molestia de Basedow, que durante varios annos se tinha apresentado com forma frustra, caracterisada somente pelas palpitações e tachycardia.

Alguns mezes depois nova paralysia facial, que cedeu em poucos dias ao tratamento electro-therapico.

Era ainda muito duvidosa a questão sobre a herança nervosa, no tempo em que André tratou do assumpto.

Hoje, examinando-se bem o caso citado, não é difficil de comprehender a significação d'aquelle estado mental que era então para todos e para sua familia um verdadeiro enigma.

Na molestia de Basedow, não são somente os nervos oculares que são paralysados; o ramo motor

do trigemeo, o facial, o grande hypoglosso, têm sido encontrados paralysados.

O Dr. Espargnat relata o caso de uma moça de 24 annos, attingida ha alguns dias, de uma paralysia facial esquerda classica, complicada de dores nevralgicas extremamente vivas.

As dores eram espontaneas.

Era muito nervosa, porem não tinha estigmas de hysteria.

Lastimava-se, além das dores, de uma constipação muito rebelde. Curou-se com o tratamento pelas correntes continuas.

Essas causas são mais communs no homem que na mulher, na idade adulta que na velhice e na infancia.

Logo o sexo e a idade tambem soffrem as consequencias da paralysia do setimo par.

Falemos um pouco da syphilis, como factor da affecção paralytica do facial.

As manifestações paralyticas da syphilis, conforme o tempo decorrido entre a infecção e o apparecimento da paralysia, dividem-se em precoces e tardias.

E' precoce quando apparece pouco tempo de-

pois da infecção syphilitica; por exemplo, num individuo qualquer apparece um cancro syphilitico, dous mezes depois manifesta-se uma paralysia syphilitica da face.

Eis ahi uma paralysia syphilitica facial, precoce.

Chama-se tardia, quando apparecem as manifestações paralyticas depois de muito tempo; dez, vinte annos, isto é, com as manifestações terciarias da syphilis.

Das paralysias syphiliticas secundarias, a mais commum é a hemiplegia facial (Fournier).

Depois de innumeras observações, o prof. Dieulafoy concluiu tambem que ella é a mais precoce.

Eis o resultado de suas observações.

A paralysia facial appareceu uma vez no setimo mez da infecção syphilitica, uma vez no sexto, outra no quarto, quatro vezes no terceiro, sete vezes no segundo, uma vez no primeiro.

Portanto, continúa o prof. Dieulafoy, a denominação de precoce é bem applicada á paralysia, porque sua epocha mais commum de apparição é o segundo mez e o terceiro, da infecção syphilitica.

Da paralysia facial syphilitica tardia, existem duas variedades, uma interessando o nervo em

seu conjuncto, facial superior e facial inferior, os membros nada soffrendo com isso: é a paralysia facial propriamente dita; outra é a paralysia do facial inferior, conjunctamente com uma paralysia mais ou menos completa dos membros: é a hemiplegia total.

A paralysía facial é raramente generalisada a todo o nervo, na forma tardia, ao passo que na precoce não succede assim.

A paralysia facial syphilitica tardia é em termos technicos, *um segmento de hemíplegia dissociada* (Fournier).

E' ferido pela hemiplegia somente o facial inferior, ficando intacto o superior; portanto o doente cerra bem os olhos e não existe epiphora, mas ao mesmo tempo que existe paralysia da face, vemos hemiplegia dos membros: ha portanto lesão cerebral.

Symptomatologia

Tendo diversos ramos collateraes e recebendo anastomoses diversas, o nervo facial não tem uma constituição identica em todos os pontos de seu trajecto.

Portanto, segundo a séde da lesão do nervo, temos uma symptomatologia muito differente.

Uma lesão do nervo facial ao nivel do ganglio geniculado, segundo as noções anatomicas que temos, é capaz de, por si só, produzir uma paralysia de todas as funcções do nervo facial.

Os musculos da face do lado lesado, perdem, alem de sua motilidade voluntaria, sua tonicidade normal; ha ruptura do equilibrio muscular, á custa do qual, a symetria do rosto se mantem.

No estado de repouso, os traços são desviados para o lado são, a comissura labial do lado paralysado é mais baixa que a do lado são, mais approximada da linha mediana, a bocca é obliqua-

mente dirigida, os dous lados da face não são symetricos.

O nervo facial, sendo o nervo da mimica, sua paralysia compromette consideravelmente a physionomia do doente.

A paralysia do setimo par imprime ao doente uma facies propria.

O symptoma que chama logo a attenção de quem está deante de um paralytico facial, é a falta de symetria do rosto, tornando-se mais accentuada, quando o doente ri ou chora, ou ainda executa certos actos, em que intervêm os musculos ou grupos musculares innervados pelo facial.

Deante desses e de outros signaes, a paralysia total do facial, em consequencia de lesão peripherica, é de todas as paralysias do referido nervo a de mais facil diagnostico.

A pronunciação de certas lettras, principalmente das labiaes, *p*, *b*, é imperfeita; a paralysia do buccinador acarreta a flaccidez das bochechas, difficultando a mastigação, permittindo, por exemplo, que os alimentos se accumulem no sulco gengivo-labial.

Quando pedimos ao doente que nos mostre a lingua, vemol-a desviada para o lado doente.

Para a explicação de tal phenomeno convergem as palavras dos authores diversos.

Para Grasset, resume-se o facto na acção, não compensada do musculo genio-glosso; para Hallion na paralysia do estylo-glosso, maneira de ver, a que se allia Joanny Roux.

No entender de Hitzig e de Erb, é a commissura do labio paralysado que determina o desvio em questão; a commissura approximando-se com effeito da linha media, vem fazer pressão sobre a borda da lingua, quando esta está fora da bocca e a impelle assim para o lado são.

Dejerine pensando do mesmo modo que Hitzig e Erb, recorda que, collocada a bocca em sua posição normal, com auxilio dos dedos, a lingua deixa de apresentar o desvio para o lado são; esse desvio, porém, existe em numero limitado de casos, segundo sua propria observação.

O lado paralysado parece mais saliente do que o são, com cuja animação contrasta visivelmente, ou no dizer do prof. Dieulafoy, os musculos não se contrahem mais; o frontal não exprime mais a attenção, o pyramidal não annuncia mais a aggressão, o supra-ciliar não exprime mais o soffrimento, o zygomatico não dá mais o signal de

alegria, os elevadores da aza do nariz, do labio superior e o pequeno zygomatico não podem mais traduzir a tristeza, nem o chorar.

A pelle da fronte é lisa.

Segundo a pittoresca expressão de Romberg, a paralysia peripherica do facial, é o melhor cosmetico para dissolver as rugas da senilidade; verdade é, porem, que as do lado opposto se ostentam mais profundas.

No segundo tempo respiratorio a bochecha do lado paralysado é passivamente levantada pelo ar expellido dos pulmões, o que faz dizer que o doente *fuma cachimbo*; intervem para isso a paralysia do buccinador de que já fizemos menção.

Os movimentos da aza do nariz, que no acto inspiratorio é levantada activamente, adquirem agora a significação de movimentos passivos, ficando deprimidos na inspiração.

A ponta de nariz é ligeiramente desviada para o lado são; a abertura nasal é retrahida.

Correm taes symptomas sob a dependencia da paralysia dos musculos —transversal, myrtiforme e pyramidal.

A paralysia desses musculos que no homem não traz serios embaraços á funcção respiratoria, em

consequencia de uma certa rigidez das narinas, essa paralysia, dissemos, pode produzir a morte naquelles animaes, como o cavallo, em que a retracção das narinas torna a inspiração impossivel, produzindo a asphixia.

O olho largamente aberto, não se pode fechar porque o orbicular das palpebras é innervado pelo facial; achando-se este paralysado, o levantador da palpebra superior, musculo que recebe sua innervação do terceiro par craneano, não tem mais sua acção contrabalançada pela do orbicular.

Da acção exclusiva não compensada do elevador da palpebra superior, depende, pois, a lagophtalmia.

No estado normal, a direcção do globo ocular, para cima e para fora, é um phenomeno que acompanha os movimentos da occlusão palpebral; e isso, que sem exame especial não é percebido no mesmo estado normal, torna-se claramente visivel no caso de paralysia facial.

Devemos, entretanto, fazer aqui a restricção precisa de que taes signaes occorrem nos casos de lesão peripherica.

A paralysia do orbicular deixando durante o

somno, ou melhor, de modo permanente, o globo ocular sujeito á acção irritante dos agentes exteriores, pode determinar graves lesões da conjunctiva e da cornea, cuja ulceração se torna assim possivel; e, segundo affirmação de Spencer Watson, sendo essas complicações de origem mecanica, basta a occlusão artificial das palpebras para fazel-as desapparecer.

A palpebra superior pode se abaixar ligeiramente sob o imperio da vontade, devido talvez a um relaxamento da tonicidade do musculo elevador da palpebra superior, uma diminuição voluntaria de sua tonicidade.

A palpebra inferior é ligeiramente revirada e experimenta um começo de ectropion.

A abertura palpebral é deformada, o grande angulo do olho toma uma forma mais aguda, as lagrimas não são mais distribuidas uniformemente e nem vão ao seu reservatorio normal, em consequencia da paralysia do musculo de Horner; d'ahi o lacrimejar permanente, isto é, a epiphora.

Os musculos externos do ouvido são innervados pelo facial, porem, sendo pouco desenvolvidos no homem, nada traz de apreciavel o seu não funccionamento.

No cavallo e nos animaes, emfim, que possuem o pavilhão da orelha bastante desenvolvido, para melhor apanharem as ondas sonoras, os musculos auriculares são bastante desenvolvidos.

Os dous pequenos musculos do ouvido medio, que são, o musculo do estribo e o musculo interno do martello, sendo paralysados, trazem signaes importantes para o diagnostico da séde da lesão que produziu a paralysia do nervo.

O musculo interno do martello se contrahindo, augmenta a tensão da membrana do tympano, portanto, diminue a amplitude das vibrações e como consequencia a intensidade das ondas sonoras.

Sendo paralysado o nervo, dá-se o inverso, donde uma exaltação do ouvido do lado doente.

Este symptoma é claro nos primeiros dias da molestia.

O musculo do martello paralysado, os ruidos são dolorosamente percebidos.

Foi bem estudada por Landouzy, essa perturbação.

O termo, audição dolorosa, é muito proprio.

As funcções do musculo do estribo ainda são muito obscuras, apezar de alguns autores, o con-

siderarem como antagonico do musculo interno do martello; esse modo de ver, não é admittido sem reservas.

O véo do paladar do lado paralysado é mais baixo do que o do lado são, e a anatomia nos explica a razão de sêr desse phenomeno.

O peristaphylino interno, o palato-estaphylino e o peristaphylino externo são musculos cuja acção normal é de distender o véo do paladar do lado correspondente, são innervados pelo facial; portanto, estando este paralysado, elles ficam sem acção.

A uvula pelo mesmo motivo acha-se desviada.

Esta é a opinião corrente.

Diversas objecções, porem, soffre essa theoria.

A physiologia nos demonstra que os musculos do veo do paladar, são innervados pelo pneumogastrio e pelo espinhal, e os que pensam assim têm em seu apoio a raridade da paralysia do vêo do paladar, nos casos de paralysia do facial.

Gowers e Jackson, em suas observações, nunca notaram embaraços nos movimentos, e viram somente um ligeiro abaixamento do véo do paladar.

O véo do paladar não é symetrico em todos os

individuos, portanto, este signal quando existe, não tem grande valor clinico.

Pode-se observar no curso das paralysias do setimo par, para o lado da lingua, perturbações sensitivas, que consistem, na ausencia da sensibilidade gustativa, nos seus dous terços anteriores, do lado paralysado.

O doente não queixa-se geralmente desse symptoma, portanto, o medico deve ir em busca de sua existencia.

Esse symptoma é importante, porque com elle podemos fazer um diagnostico da séde da lesão do nervo.

Havendo esse symptoma, a lesão, não nos resta a menor duvida, é situada no trajecto intra-temporal do nervo, e a corda do tympano é compromettida.

Os ramusculos da corda do tympano que vêm da lingua, encontram o nervo facial na sua entrada no canal de Fallopio, misturando-se com suas fibras, até o ganglio geniculado, deixando ahi o facial, e indo em busca do cerebro por um trajecto ainda pouco conhecido.

A sensibilidade gustativa no terço posterior da lingua fica intacta, porque sabemos que esse ter-

ritorio é do dominio do glosso-pharyngeo, isto é, do nono par craneano.

A sensibilidade geral persiste tambem, porque é papel do nervo trigemeo.

Mas, como actuaria a paralysia da corda do tympano?

Segundo Brown-Sequard, modificando a circulação da mucosa lingual; segundo o eminente Claudio Bernard, por sua acção sobre o elemento contractil das papillas, que transformariam suas relações com as substancias sapidas.

A diminuição tambem da secreção salivar que se observa algumas vezes, é devida á paralysia da corda do tympano, que preside á secreção da glandula parotida e á paralysia do nervo pequeno petreo superficial que tem como papel a secreção da glandula sub-maxillar.

Pode-se notar tambem em vez da abolição, uma perversão do gosto.

Longet admitte uma hypothese para explicar a fraqueza da acuidade gustativa.

Para esse sabio physiologista a seccura da lingua é que produz a diminuição da acuidade gustativa.

Perguntamos, quem produziria a secura?

Rouget emitte uma outra opinião negando ao

facial seu poder sobre a transmissão das impressões gustativas.

Existem ainda theorias diversas que Grasset classifica em tres grupos ou categorias.

Em primeiro logar está a theoria de Claudio Bernard já mencionada acima.

A segunda theoria é a seguinte: fibras centripetas gustativas pertencendo á corda do tympano, lançam-se no facial, deixando-o logo em seguida, indo se terminar no tronco do quinto par; seriam fibras erraticas do trigemeo.

Seria seu trajecto: *a*) lingual, corda do tympano facial até ao ganglio geniculado, grande nervo petreo superficial até ao ganglio espheno-palatino, trigemeo (Schiff); *b*) lingual, corda do tympano, trajecto centrifugo para as extremidades do facial, depois retrogradação no trigemeo por anastomoses periphericas (Stich).

A ultima theoria pertence a Lussana, que considera o trajecto até ao ganglio geniculado egual ao da hypothese de Schiff.

D'ahi as fibras gustativas ganham o bulbo pelo nervo intermediario de Wrisberg.

Para Mathias Duval, que concorda com essa maneira de ver, o nervo intermediario iria ao

centro bulbar do glosso-pharyngeo, do qual elle representaria finalmente uma raiz erratica.

Os factos clinicos ainda não provaram a veracidade dessas theorias, não obstante parecer-nos que os embaraços da gustação pertencem aos casos em que a lesão reside entre o ganglio geniculado e a corda do tympano.

Nas paralysias faciaes têm sido observados phenomenos dolorosos que podem preceder as manifestações paralyticas.

Excepcionalmente ellas adquirem uma violencia consideravel; é a paralysia facial dolorosa bem descripta por Testaz em sua these.

Seria frequente achar-se associada na paralysia facial rheumatica, uma hyperesthesia cutanea passageira, na metade da face paralysada.

Quem diz é Franckl-Hockvart.

Este auctor encontrou em 20 casos de observação, cinco dolorosos.

Pode tambem, em vez da paralysia dolorosa, existir uma anesthesia em todo o territorio paralysado.

Esses phenomenos sensitivos, acham explicação na participação do trigemeo, pois os filetes terminaes deste nervo, se anastomosam, com effeito, com

os do facial, facto este demonstrado pela physiologia experimental.

Existe tambem, ao lado dessas perturbações, compromettimento dos vasos motores, traduzindo-se por um ligeiro rubor da face, por uma elevação thermica.

Broadbent encontrou, para o lado das palpebras, verdadeiras turgescencias.

A experiencia de Straus, comparando o retardamento da sudação, pela pilocarpina nos dous lados da face, em caso de paralysia facial peripherica, chegou á conclusão, de que o retardamento é maior do lado paralysado.

Este phenomeno gravissimo, pertence ás formas graves, em que a reacção de degeneração é manifesta. Windocheid fala-nos de dous casos de hyperhydrose facial unilateral, coincidindo com uma paralysia facial peripherica do mesmo lado.

A experiencia de Straus, é um bom meio de diagnostico das paralysias faciaes.

Toda a paralysia facial, em que houver um retardamento, de um a tres minutos, da sudorese, provocada por uma injecção de pilocarpina, do lado paralysado, é, podemos garantir, uma para-

lysia facial peripherica; porque nas paralysias centraes, esta experiencia sempre é negativa.

Quando a lesão, é de origem cerebral, a reacção sudoral é egual nos dous lados.

Falamos acima em reacção de degeneração, como meio de diagnostico e prognostico das paralysias do setimo par.

Consiste a reacção de degeneração, nome este creado por Erb, n'um conjuncto de modificações quantitativas e qualitativas da excitabilidade dos nervos e dos musculos, verificadas, á principio nas nas nevrites perifericas, e constatadas depois, tambem em outras condições, principalmente, nas affecções que attingem os cornos anteriores da medulla.

O ponto de partida das numerosas pesquisas, que terminaram pelo estabelecimento da reacção de degeneração, pode ser reputado ás observações, nas quaes Baïerlacher, assignalava o contraste formado pela abolição da excitabilidade faradica, e a conservação, augmento mesmo, da excitabilidade galvanica dos musculos, em casos de paralysia facial.

O typo da reacção de degeneração é fornecido

pelas nevrites degenerativas produzidas por traumatismos graves dos nervos.

Encontramol-o tambem nas nevrites periphericas, de uma origem differente; particularmente, na paralysia facial e algumas vezes em affecções dos cornos anteriores da medulla.

A reacção de degeneração completa, em seu periodo de estado, acha-se caracterisada por modificações quantitativas e qualitativas da excitabilidade electrica dos nervos e dos musculos, mantendo-se differentemente em relação a essas duas ordens de orgãos. A excitabilidade faradica e galvanica dos nervos é abolida; a excitabilidade faradica dos musculos é egualmente abolida; porem a excitabilidade galvanica é conservada e mesmo geralmente augmentada durante algum tempo, embora mais tarde diminua. Ainda mais, é ella alterada qualitativamente, no sentido de que as contracções produzidas, já não são rapidas, tornam-se lentas, preguiçosas e que a formula normal da excitação galvanica acha-se modificada, NFC tornando-se egual ou inferior a PFC.

Nos nervos, nos primeiros momentos que seguem á lesão, a excitabilidade faradica e a excitabilidade

galvanica são geralmente augmentadas; porém este augmento é transitorio.

Tempos depois, vem a diminuição da excitabilidade, que progride, do logar da lesão para a peripheria, de maneira que a excitabilidade faradica e galvanica do nervo se acham abolidas, conforme os casos, do quarto ao decimo segundo dia.

Durante o periodo de estado, a abolição da excitabilidade persiste.

No periodo de declinio, a diminuição da excitabilidade conserva-se constante, se a degeneração do nervo é definitiva; se, ao contrario, a regeneração se faz, vê-se a excitabilidade faradica e galvanica restabelecer-se pouco a pouco.

Portanto, é isso bommeio para o diagnostico e prognostico das paralysias.

A restauração da excitabilidade electrica do nervo, é habitualmente precedida do reapparecimento da motilidade voluntaria (Duchène, de Boulogne), particularmente attribuida por Erb á reparação do cylinder-axil, que precede a regeneração da myelina.

Nos casos de reacção de degeneração, a excitabilidade galvanica dos musculos, se produz, tanto mais facilmente, quanto uma quantidade maior de

fibras musculares se acha submettida á acção da corrente.

A reacção de degeneração se observa tambem nas nevrites de origem interna: nevrites toxicas (alcoolicas, arsenicaes, saturninas, mercuriaes, etc.), nevrites infectuosas (nevrites consecutivas á febre typhoide, ao typhus, á diphteria, á escarlatina, á variola, ao beriberi, nevrites observadas no curso das tuberculoses, polynevrites diversas), nevrites dyscrasicas (nevrites do diabetes), etc.

Nessas diversas formas de nevrites, a forma e o gráo da reacção de degeneração se mostram geralmente em relação com a gravidade das alterações.

Observa-se tambem a reacção de degeneração nas diversas formas da poliomyelite anterior, na esclerose lateral amyotrophica, na syringomyelia, na hematomyelia, quando o foco hemorrhagico comprime os cornos anteriores da medulla.

Vemos, portanto, que a reacção de degeneração se encontra nos casos em que o neurona motor peripherico está alterado, ou ao nivel das cellulas, ou em um ponto qualquer de seu prolongamento, desde os filetes radiculares dos nervos, até sua extremidade peripherica.

Sob o ponto de vista do prognostico, a reacção de degeneração fornece tambem importantes indicações, subordinadas, entretanto, á natureza da molestia.

De uma maneira geral, a exístencia da reacção de degeneração completa indica alterações graves, talvez incuraveis, ou que custam muito a se repararem.

A reacção parcial indica alterações menos profundas, cujo prognostico, portanto, é muito mais favoravel.

A ausencia da reacção de degeneração traz como resultado pouca gravidade na paralysia.

Se na paralysia facial, a excitabilidade electrica é normal, o prognostico é muito favoravel; a cura durará duas ou tres semanas. Se a reacção de degeneração parcial existe isoladamente, tratar-se-ha de uma forma media, cuja duração não passará de um a dous mezes.

Se encontrarmos uma reacção de degeneração completa, teremos uma forma grave, que poderá durar um anno e até mais.

A constatação da reacção de degeneração completa não traz como consequencia a incurabilidade, como, á primeira vista, nos parece.

Diagnostico

A paralysia facial peripherica não deve ser confundida com as paralysias faciaes de origem central.

Em geral, nas paralysias de origem central, o facial superior parece ser respeitado; o orbicular das palpebras é, pois, intacto, e o doente pode fechar o olho do lado paralysado, tão bem quanto do lado são.

Quando o facial é attingido em sua parte peripherica, ha, ao mesmo tempo, paralysia do facial inferior (abaixamento da commissura labial, riso asymetrico) e paralysia do facial superior (diminuição das dobras voluntarias da fronte, impossibilidade de fechar voluntariamente o olho, lagophtalmia).

Quando a lesão tem por séde as vias centraes do facial, existem os signaes da paralysia do facial inferior, porem o facial superior se nos apresenta intacto e o doente fecha bem os olhos.

Para Recamier, a integridade do facial superior é um bom signal da origem central da paralysia. Essa integridade do facial, diz Grasset, não é completa.

Se o doente pode fechar bem os olhos, simultaneamente, elle não pode mais voluntariamente fechar o olho do lado paralysado (Potain).

E' o signal de Revilliod.

Mesmo se o doente fecha os dous olhos simultanea e energicamente, o medico, para verificar o comprommettimento do orbicular do lado da face paralysada, colloca o dedo pollegar na palpebra superior e eleva-a com mais facilidade no lado paralysado (Legendre).

Pelo exposto, vemos que na hemiplegia cerebral, o facial superior não é tão intacto, como um exame superficial deixa suppôr.

A paralysia latente e ligeira do facial superior é um bom signal para o diagnostico de uma paralysia de origem cerebral.

Como explicar esta acção dissociada d'uma lesão hemispherica sobre o facial superior e sobre o facial inferior?

Diversos autores pretendem explical-a.

Todas as fibras do facial não se entrecruzam, e as fibras do orbicular são directas.

Seria preciso, então, que na hemiplegia cerebral existisse uma paralysia directa do orbicular (Vulpian).

O facial não seria a unica fonte de innervação do orbicular; o grande sympathico interviria tambem (Cl. Bernard), e por sua acção persistente, explicaria a integridade relativa deste musculo. Porem, então, esta mesma integridade relativa observa-se-ia na paralysia peripherica do tronco do facial (Larcher).

A integridade do orbicular entra na integridade de todos os musculos que actuam habitualmente dos dous lados, ao mesmo tempo.

Ha, para assegurar esta synergia bilateral, commissuras physiologicas que proporcionam um certo movimento, quando a lesão é unilateral.

Mas os movimentos do facial inferior são bilateralmente symetricos e, por conseguinte, não se comprehende porque os dous faciaes, o superior e o inferior, não se portam do mesmo modo, quando a lesão é hemispherica (Broadbent, Charcot, Mirallié).

Para Landouzy e Grasset, existe um centro cortical distincto para o facial superior e outro para o facial inferior, sendo um na região parietal retro-rolandica, na dobra curva, e o outro para baixo da região rolandica.

Segundo esta theoria, bem se comprehende que o facial superior possa ser poupado em uma lesão hemispherica attingindo os nervos dos membros e o facial inferior. Mirallié cita factos em que o facial superior fôra attingido, sendo a região rolandica a séde da lesão.

Joanny Roux explica muito bem tudo isso, admittindo que o facial superior tem um duplo centro de innervação: um centro posterior com os outros nervos do olho (o facial superior sendo um nervo protector do olho) e um centro rolandico, com os outros nervos do corpo (o facial superior sendo tambem um nervo motor da face em geral), centro sensorio-motor e centro sensitivo-motor, o facial inferior, não tendo senão um centro sensitivo-motor.

Assim, podemos comprehender que o facial inferior e parcialmente o facial superior, possam ser attingidos por uma lesão nos hemispherios.

Depois de tantas theorias, ficamos indecisos, não

obstante parecer-nos a mais justa e mais logica, a theoria do eminente Joanny Roux.

Com esta theoria explicaremos bem esses phenomenos tão complicados, em que tantos neuropathologistas de folego e physiologistas de nome têm ficado em completa divergencia.

Tudo isso não é mais do que o resultado da difficuldade extrema, que encontra, quem caminha por um terreno tão litigioso, qual o das localisações cerebraes.

A physiologia cerebral não chegou ainda ao aperfeiçoamento desejado.

Desejamos a esse ramo tão importante das sciencias medicas, um futuro brilhante, e que elle deixe de ser uma cousa hypothetica e entre nos dominios dos factos provados.

Falemos agora um pouco, sobre o diagnostico da séde da lesão.

A lesão localiza-se ao nivel da emergencia da corda do tympano ou acima (parte inferior do aqueducto).

A paralysia da face juntam-se as perturbações do gosto e da secreção salivar.

Sabemos que a corda do tympano destaca-se do facial, um pouco acima do buraco estylo-mastoideo, atravessa a parte superior da caixa do

tympano, sahe do rochedo, depois anastomosa-se como o nervo lingual, e, por seu intermedio, vae dar a sensibilidade gustativa ao terço anterior da mucosa lingual.

A lesão do facial, acima de sua emergencia, trará como consequencia a perda do gosto no territorio correspondente.

O doente não tem mais noção dos sabores.

A lesão localiza-se ao nivel ou acima da emergencia do nervo do musculo do estríbo.

Ahi apparecem as perturbações do ouvido.

O ouvido torna-se de uma sensibilidade anormal, os sons, um pouco fortes, provocam uma sensação desagradavel.

Esplicam-se da maneira seguinte esses phenomenos.

O apparelho dos ossos do ouvido, é mantido em equilibrio, pelo antagonismo dos dous musculos seguintes: 1º, o musculo do estribo, innervado pelo facial, cuja inserção se faz de maneira tal, que sua contracção tende a libertar a platina do estribo, internada na janella oval, e a diminuir, portanto, um pouco a pressão labyrinthica; 2º, o musculo do martello é innervado pelo trigemeo, e por sua contracção, lança para o promontorio, o

pequeno osso, no qual elle se insere e produz, por consequencia, a tensão do tympano e o augmento da pressão intralabyrinthica, introduzindo a platina do estribo na janella oval.

Que o primeiro destes musculos venha a ser physiologicamente supprimido pela paralysia facial, a acção do musculo do martello innervado pelo trigemeo estando intacta, tornar-se-á então preponderante; toda a cadeia dos pequenos ossos será arrastada para a parede interna da caixa, e o estribo se introduzirá na janella oval, augmentando assim a pressão labyrinthica. Nessas condições, cada som, cada ruido, que põe em jogo a accommodação auricular, provoca a contracção do musculo do martello, e, como esta contracção não é compensada pela do musculo antagonista, resultam vibrações de uma amplitude anormal, que tornam a audição dolorosa.

A tensão exagerada da cadeia dos pequenos ossos, acompanha-se de ordinario de uma diminuição da acuidade auditiva; mas, em um ligeiro gráo, ella pode contrariamente augmental-a, e é deste modo que explicamos a *hyperacousia* de que fala Landouzy.

Quando se quer contrahir os musculos da face,

em caso de paralysia, sobrevem um ruido subjectivo de tonalidade baixa.

Quem nos diz é Hitzig.

Elle attribue este ruido á contractura do musculo do estribo.

Benhardt, o explica pela contractura deste musculo, ao qual se irradia o influxo nervoso, que não pode chegar até os musculos da face, em sua metade paralysada.

Este phenomeno não tem muito valor para o diagnostico, porque podemol-o encontrar em individuos sãos.

Podemos verificar tambem na paralysia facial, uma diminuição consideravel da audição, por outro mecanismo; é quando a lesão se assesta no conducto auditivo interno (tumor aneurysma, fractura do rochedo etc.). O setimo e oitavo pares, que não estão ainda separados, são simultaneamente comprimidos, no estreito canal osseo, onde caminham, lado a lado.

A lesão se localisa ao nivel ou acima do ganglio geniculado.

O nervo grande petreo superficial é então attingido.

Ha comprommettimento da metade correspon-

dente do véo do paladar, que se traduz por um abaixamento.

O véo do paladar não se eleva durante a phonação.

O pilar anterior do lado correspondente, fica immovel.

A uvula é desviada.

A trompa de Eustaquio, não se abre mais durante a deglutição e sua occlusão, contribue para augmentar as perturbações do ouvido, já mencionadas.

Rethi e Lermoyez negam o comprometimento do véo do paladar na paralysia facial.

A lesão localisa-se no conducto auditivo interno.

A paralysia complica-se de uma surdez, muito pronunciada, do lado paralysado, por compressão do nervo auditivo.

Se a lesão localisa-se perto do nucleo de origem do nervo, em seu trajecto radicular, em meio a protuberancia, a paralysia facial, acompanha-se de uma hemiplegia alterna.

Nestes casos a lesão interessa, frequentemente, o feixe pyramidal, e é por isso que os musculos do lado opposto são paralysados.

Alem da hemiplegia alterna, encontramos ás

vezes uma verdadeira hemianesthesia tambem alterna.

A hemiplegia alterna, ou syndroma de Millard-Gluber, é caracterisada, pela paralysia dos membros de um lado do corpo, e a paralysia da face do lado opposto.

A paralysia facial, sendo do typo das periphericas, apresenta modificações da contractilidade electrica.

O syndroma de Millard-Gubler é caracteristico da hemiplegia bulbo-protuberancial.

A paralysia facial, será do lado da lesão, e a dos membros do lado opposto.

O syndroma de Millard-Gubler, pode, em alguns casos, complicar-se de paralysia do sexto par, e ainda de anarthria, por paralysia do decimo segundo par.

A physionomia do syndroma de Millard-Gubler, é modificada em certos casos pela adjuncção de symptomas dependentes de alterações da região protuberancial superior.

Baylac cita a observação de um homem de 28 annos, que apresentava diminuição da acuidade auditiva, dysarthria e principalmente perturbações da motilidade voluntaria (asynergia cerebellosa, latero-pulsão, vertigens) ao mesmo tempo que

uma paralysia do oculo-motor externo e facial direitos, uma hemiplegia do lado opposto.

A hypothese de uma lesão, em foco, situada na espessura da protuberancia e agindo por compressão, parece explicar todos os symptomas constatados no doente citado.

Quanto a natureza da lesão, parece-nos ser de origem syphilitica, porque o medicamento especifico, deu bom resultado, isto é, curou-o.

Se existe comprometimento da fita de Reil, a hemiplegia alterna por lesão protuberancial, pode acompanhar-se de hemianesthesia tambem alterna.

Alem disso, no syndroma de Millard-Gubler, se pode abservar uma anesthesia da metade correspondente da face, quando os filetes radiculares da grossa raiz do trigemeo, ou o nucleo desta raiz participam da lesão.

A paralysia facial peripherica infra-nuclear, seja qual fôr a causa, é commummente unilateral. (Dejerine). Sendo a forma bilateral raramente observada.

A paralysia nuclear é muitas vezes bilateral, poliencephalite superior e inferior, e é associada

frequentemente ás paralysia de outros nervos craneanos.

Como sabemos, para Dejerine as paralysias infranucleares e nucleares, são classificadas dentre as paralysias periphericas, cousa que, a primeira vista, nos parece absurda; porem, raciocinando bem, vemos que o moderno mestre, não está completamente sem razão.

Para o mestre citado, o centro está no cortex, portanto, só são centraes as paralysias cujas lesões se assestem acima do nucleo; e é baseado nisto que elle as chama centraes, isto é, supra-nucleares.

Nas paralysias faciaes de origem central ou supra-nucleares, a lesão cerebral se localiza no dominio do facial inferior; o orbicular das palpebras e os musculos da fronte parecem intactos. Esta integridade não é absoluta, como vimos acima.

Realmente, são levemente paralysados, mas com um exame attencioso, pode-se notar perturbações manifestas do tonus destes musculos no repouso, assim como a força e amplitude de seus movimentos.

O olho do lado paralysado, no começo é mais aberto, que o do lado são; o supercilio tende a

posição horizontal, e, portanto, sua curvadura normal acha-se quasi desfeita.

Na parte relativa á symptomatologia já apontamos as theorias, que explicam a integridade relativa dos musculos innervados pelo facial superior.

Se pedirmos ao doente que eleve os supercilios, vemos que elle levantará mais rapidamente o do lado são.

Um phenomeno constante na paralysia facial peripherica é o seguinte: quando o olhar do doente se dirige para baixo, a palpebra superior se dirige para baixo tambem, ao mesmo tempo que o globo ocular, ficando, entretanto, mais elevada que a do lado são.

Desde então, se pedirmos ao doente para fechar fortemente os olhos, vemos a palpebra do lado paralysado elevar-se.

Este phenomeno, em apparencia paradoxal, é mais nitido, quando a paralysia do orbicular é mais completa.

Um phenomeno analogo, porem, menos pronunciado, observamos na palpebra inferior, que se eleva durante a occlusão, e desce, no olhar para baixo.

Este phenomeno se explica facilmente, pelos laços anatomicos, que unem as palpebras, aos musculos rectos, superior e inferior e os tornam, em um certo limite, solidarios com seus movimentos.

A contractura, pode ser o termo final das paralysias de origem cerebral.

Em regra geral, segundo os classicos, o facial inferior seria unicamente compromettido na hemiplegia, o facial superior, o sendo excepcionalmente.

Pugliere e Mills, Mirallié e Dejerine, são contrarios a esse modo de pensar, e dizem que na hemiplegia é regra a paralysia do facial superior.

Não nos resta a menor duvida, que ella seja muito menos accentuada no facial superior.

O olho é mais aberto, do lado paralysado, a príncipio; porem, mais tarde, é menos que o do lado são, o que seria para Mirallié, devido a uma fraqueza de tonicidade do elevador da palpebra.

A tonicidade do superciliar é diminuida, não nos resta a menor duvida.

Não negamos que a paralysia do facial superior, seja menos impressionavel para o observador; ella é muito menos accentuada que na paralysia facial peripherica, e, neste ponto de vista, a integridade

do facial superior, ainda continúa a conservar o seu valor para o diagnostico das paralysias de origem cerebral.

A contractura apresenta-se geralmente nos musculos innervados pelo facial inferior.

E' excepcional no dominio do facial superior

Na paralysia, cuja causa é uma lesão cortical, sub-cortical, capsular ou peduncular, portanto de origem central, os reflexos, principalmente os da cornea, são conservados, ao passo que na variedade peripherica (Dejerine), isto é, nucleares e infra-nucleares, são abolidos.

Na paralysia facial central, os movimentos reflexos da mimica, como o rir e o chorar, são conservados, posto que isto não se dá na peripherica.

A contractilidade electrica é normal na paralysia facial de origem cerebral.

Na hemiplegia hysterica, a paralysia facial não é rara, e se localiza quasi sempre no facial inferior.

O diagnostico differencial entre uma paralysia facial hysterica e uma paralysia facial organica, não é dos mais faceis, á primeira vista.

A exploração electrica dos musculos paralysados tem muito valor em taes casos.

Verificaremos sempre a conservação da contrac-

tilidade faradica de todos os musculos attingidos, seja qual fôr o gráo da impotencia motriz.

Alem deste signal, encontraremos outros de grande valor.

Temos um signal importante tirado da perda da sensibilidade electro-muscular.

O musculo paralysado se contrahe, e sua contracção não é dolorosa; qualquer que seja a intensidade da corrente, ella não é sentida.

A reunião desses dous caracteres basta, segundo Duchenne, para estabelecer o diagnostico da paralysia hysterica e a distinguir das outras variedades de paralysias.

A conservação da contractilidade faradica, não nos resta a menor duvida, é de um grande valor para um diagnostico differencial; porem, o eminente Duchenne, permitta que discordemos um pouco do mestre, porque sua constancia não é tal, que seja signal pathognostico.

Briquet, Bénédikt, Helot, citam exemplos de paralysias verdadeiramente hystericas, que eram acompanhadas de diminuição notavel, ou mesmo de perda absoluta da contractilidade electrica.

Citam-se exemplos, em que a sensibilidade tem conservado toda sua integridade na região para-

lysada; mas, no maior numero dos casos, as perturbações do movimento se accompanham de uma lesão mais ou menos profunda da sensibilidade.

A hyperesthesia é um facto raro.

A variação da intensidade é um dos caracteres mais seguros da paralysia hysterica, em opposição com o qne se passa nas paralysias organicas.

De um dia a outro, ou mesmo, em um espaço de tempo mais curto, não é raro vêr-se o estado das forças de uma região paralysada se modificar.

As paralysias devidas a uma lesão organica do cerebro, podem se approximar das paralysias hystericas, pela persistencia da contractilidade electrica; porem, ellas distinguem-se pelo gráo da paralysia que é sempre intenso, pela raridade da anesthesia cutanea.

Nas paralysias organicas por lesão cerebral, temos que ver, se ellas são devidas a uma lesão do cortex, ou a uma lesão das partes centraes dos hemispherios.

As paralysias corticaes são as que offerecem as maiores analogias com as paralysias hystericas: com effeito, estas paralysias são limitadas, incompletas, transitorias e variaveis.

Estas paralysias são observadas nos amolleci-

mentos cerebraes superficiaes, na meningite, na paralysia geral.

O diagnostico com as paralysias faciaes periphericas, pode ser feito por meio da reacção de degeneração.

Quando a paralysia facial vem acompanhada de uma hemiplegia alterna, podemos, pela abolição dos movimentos reflexos e pela topographia especial da anesthesia, em relação com a distribuição do nervo affectado, fazer o diagnostico.

Os auctores que têm buscado penetrar na causa da paralysia hysterica, tem-na collocada nos pontos os mais variados do systema neuro-muscular.

Para Brodie, Romberg, Hasse, Winslow, Franque, a paralysia é o resultado de uma perturbação da innervação cerebral e de uma falta de impulsão motriz.

Esta theoria se apoia: primeiro, sobre a debilidade bem conhecida das faculdades intellectuaes, principalmente da attenção e da volição nos hystericos; segundo, sobre a cura subita, sob a influencia de uma excitação psychica viva.

Para Valerius, a condição pathogenica localisar-se-ia no systema muscular somente, e esta con-

dição consistiria no enfraquecimento da polaridade electrica dos musculos paralysados.

Esta interpretação, apoiando-se sobre a existencia das correntes musculares demonstradas por Dubois-Raymond, não passa de uma simples hypothese.

Landouzy rejeita egualmente a origem central e crê em uma causa localisada no apparelho nervoso e muscular das partes affectadas.

Macario, Valentiner, pensam egualmente em uma lesão exclusivamente peripherica; lesão puramente dynamica, para Macario, lesão por falta de nutrição, para Valentiner.

Piorry, Macario, Gendrin, Leroy d'Etiolles, attribuem a paralysia ao desapparecimento do influxo nervoso, depois do ataque.

A medulla seria o centro nervoso esgotado, e esta opinião repousaria sobre a experiencia physiologica que consiste em excitar pela galvanisação a porção lombar de uma rã convenientemente preparada.

No fim de um certo numero de excitações, os estremecimentos dos membros inferiores tornam-se cada vez mais fortes e cessam mesmo completa-

mente, para reapparecerem no fim de alguns instantes de repouso.

Esta theoria é, pelo menos, insufficiente, pois que ella não trata senão das paralysias que seguem os ataques.

Para Brown-Sequard, a paralysia hysterica não seria senão uma paralysia reflexa, devida ás alterações do utero e de seus annexos. Esta theoria é insustentavel.

Finalmente uma ultima theoria mixta, liga a paralysia ao mesmo tempo ao centro e á peripheria do systema nervoso. E' a opinião de Henrot, Benedict e Lebreton.

Voltemos ao assumpto.

Existe um outro syndroma da paralysia alterna motriz, caracterisado por uma hemiplegia vulgar (face comprehendida) de um lado, e paralysia de um ou varios ramos oculo-motores do outro.

E' o syndroma de Weber.

E' a hemiplegia alterna superior ou pedunculo-protuberancial.

A denominação de syndroma de Weber foi dada por Charcot em 1881, porem Astros mostrou em 1894 que Gubler tinha descripto este syndroma quatro annos antes de Weber.

Chamemol-o, portanto, syndroma de Gubler-Weber.

A paralysia do oculo-motor commum pode ser completa e comprometter toda a musculatura interna e externa do olho; ou incompleta e, portanto, interessar a musculatura interna, ou a musculatura externa, separadamente.

São quasi sempre estas paralysias devidas a um amollecimento ou hemorrhagia peduncular.

A lesão feriu o feixe motor, não entrecruzado ainda, donde a hemiplegia total do lado opposto; e na sua sahida do nevraxo, o nervo oculo-motor que se distribue ao olho do mesmo lado que a lesão.

Quando os membros são paralysados de um lado, o facial e o hemi-oculo-motor do outro, temos o typo Foville do syndroma Millard-Gubler.

Neste typo, a lesão tem como séde a parte inferior da protuberancia.

Quando os membros e o facial são paralysados de um lado e o hemi-oculo-motor do outro, temos o typo Foville do syndroma de Weber, ou melhor, do syndroma de Weber-Gubler, e então a lesão está situada na parte superior da protuberancia.

Como sabemos, o hemi-oculo-motor se entrecruza, a principio, na parte superior da protube-

rancia, o facial em baixo da protuberancia, e o feixe dos membros, mais abaixo ainda, isto é, no bulbo.

Donde os tres syndromas conhecidos: primeiro, syndroma peduncular — paralysia cruzada do hemi-oculo-motor, do facial e dos membros; segundo, syndroma protuberancial superior,—é o syndroma conhecido geralmente pelo nome de Weber, que consiste na paralysia directa do hemi-oculo-motor, e cruzada do facial e dos membros; terceiro, syndroma protuberancial inferior, — é o syndroma clinico de Millard-Gubler, que consiste em paralysia directa do facial, cruzada dos membros.

Ainda existem outros syndromas, como sejam o de Benedict e o de Combe.

Esses dous syndromas differem dos dous ultimos citados acima, pela presença do tremor nas partes affectadas.

Actualmente é acceita a opinião emittida por Kahler e Pick em 1879, que os movimentos post-hemiplegicos são dependentes da irritação do feixe pyramidal em um ponto qualquer de seu trajecto das cellulas pyramidaes ás cellulas medullares.

Se o feixe pyramidal é completamente destruido, produz-se uma hemiplegia completa com

hemicontractura posthemiplegica permanente e incuravel.

Se o feixe pyramidal é unicamente irritado por uma lesão de vizinhança, então apparecerá a hemiparesia com hemicontractura ligeira e hemichoréa posthemiplegica.

Quando existe a coincidencia da hemiplegia com hemianesthesia, podemos concluir que a lesão se acha localisada na capsula interna.

Sabemos que o feixe pyramidal tem um trajecto medullar, mesocephalico e cerebral.

As lesões do feixe pyramidal medullar não nos pertencem, porque a face conserva-se intacta.

Quando no feixe pyramidal cerebral, se vem localisar a lesão, temos as convulsões em uma hemiplegia direita, a aphasia e as perturbações intellectuaes. O feixe pyramidal mesocephalico divide-se em trajecto bulbar, protuberancial e peduncular.

Quando a lesão se localisa no bulbo, ao nivel da oliva, observa-se a hemiplegia alterna inferior, ou syndroma de Revilliod-Goukowski.

Quando é o feixe pyramidal protuberancial que é lesado, temos o syndroma Millard-Gubler.

Quando o feixe pyramidal peduncular é lesado,

caracterisa-se a lesão pelo syndroma de Weber quasi sempre.

Sabemos qne ao nivel do pedunculo cerebral o feixe motor collocado ao pé, é perfeitamente separado da fita de Reil.

A hemiplegia peduncular é quasi sempre motriz e caracterisa-se, como dissemos acima, pelo syndroma de Weber: de um lado hemiplegia, do outro o oculo-motor commum é paralysado. Esta paralysia pode ser completa e interessar toda a musculatura do olho, ou incompleta e não ferir senão a musculatura interna, ophtalmoplegia interna, ou a musculatura externa, ophtalmoplegia externa completa; ou mesmo somente alguns musculos externos, ophtalmoplegia externa incompleta.

O syndroma de Benedict, como seu nome indica, foi estudado pela primeira vez em 1889 pelo professor Benedict, de Vienna. Este autor assignalou uma hemiparesia com paralysia cruzada do motor ocular commum com tremor das partes paralysadas.

Segundo Benedict, a lesão localisar-se-ia no pedunculo cerebral ao nivel do nucleo do oculo-motor commum, ou em seu ponto de emergencia.

Os factos enunciados por Benedict ficaram pouco

conhecidos até 1893, epocha em que Charcot fez na Salpetrière uma lecção, na qual, lembrando as observações do prof. de Vienna, descrevia sob o nome de — syndroma de Benedict — a paralysia do 3º par, acompanhada de hemiplegia cruzada, com tremores, e apresentava a seus discipulos um homem attingido deste syndroma.

Approximando esta manifestação do syndroma de Weber, elle mostrava que o syndroma de Weber era a lesão destruidora, o syndroma de Benedict a lesão irritativa do feixe pyramidal peduncular.

Emfim, em 1900 Gilles de la Tourette e Jean Charcot publicaram ainda dous casos novos, e mostraram que este syndroma não é senão o de Weber com tremores.

No caso de Charcot, este autor suppunha uma hemorrhagia meningéa peduncular.

Nos dois casos de Gilles de la Tourette, um é interpretado como uma homorrhagia intra-peduncular, o outro é uma poliomesocephalite peduncular febril de Wernicke, provavelmente de natureza infectúosa.

O syndroma de Benedict não é pois uma entidade morbida, é essencialmente uma localisação

anatomica, nascida sob a influencia de diversas causas, tuberculose, amollecimento, hemorrhagia, poliomesocephalite que por sua séde exactamente limitada ao nivel da emergencia ou das origens do motor ocular commum, produz uma paralysia do terceiro par, com uma hemiplegia cruzada, acompanhada de tremores.

O syndroma de Benedict tem uma modalidade propria e pessoal, e isto basta para o distinguir do syndroma de Weber.

Ambos acompanham-se de hemiplegia espastica cruzada com ophtalmoplegia; ambos têm como séde uma lesão no pedunculo.

A unica differença é o tremor posthemiplegico que caracterisa o syndroma de Benedict.

A hemichoréa posthemiplegica, como sabemos, indica uma alteração do feixe pyramidal, alteração que pode se achar em um ponto qualquer de seu longo trajecto, indo da cellula pyramidal do cortex até a cellula medullar.

A hemichoréa posthemiplegica indica uma lesão de contiguidade e não de continuidade; ella indica uma simples excitação e não uma alteração grave. Não é uma destruição do feixe pyramidal.

A differença é, pois, consideravel, e isto tem suas

razões plausiveis, porque implica um prognostico muito differente.

O syndroma de Weber indica uma destruição, o de Benedict uma irritação do feixe pyramidal peduncular.

O syndroma de Combe é o syndroma de Millard-Gubler (6º e 7º pares), com hemichoréa; é causado por uma lesão protuberancial como lesão principal, a lesão peduncular *en pluie*, disseminada, sendo accessoria.

E' um syndroma novo, que o prof. Combe chama — syndroma de Benedict inferior ou syndroma protuberancial, em opposição ao syndroma de Benedict superior ou syndroma peduncular.

Na observação do prof. Combe, a lesão que produzira este syndroma, fora devida a uma polio-mesocephalite hemorrhagica de Wernicke, de natureza infectuosa.

Quadro synoptico das perturbações funccionaes da paralysia facial

1.º Perturbações motoras
- musculos da face
  - mimica.
  - palavra.
  - mastigação.
- musculo de Honner.
- musculo do estribo.

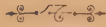
2.º Perturbações sensoriaes
- gustação.
- audição.
- olfacção (indirectamente.)
- visão.

3.º Perturbações vaso-motoras.

4.º Perturbações secretoras
- secreção sub-maxillar.
- secreção sudoral.
- secreção lacrimal (indirectamente)

5.º Perturbações trophicas.

6.º Perturbações da contractilidade electrica.

Tratamento

Seria estendermo-nos de mais, descrevendo de per sí cada tratamento, e seria um nunca acabar, porque sabemos quão vasta é a etiologia das paralysias faciaes.

Conforme a causa, temos o tratamento adequado.

Cabe, de certo, á electricidade, um dos papeis mais salientes na therapeutica das paralysias.

Serve tambem como meio de diagnostico e prognostico.

Utilisaremos da electro-therapia todas as vezes que nos for possivel, isto é, que della tirarmos resultado.

Temos encontrado casos de paralysia facial de origem syphilitica, em que os preparados mercuriaes têm produzido effeitos maravilhosos, verdadeiras resurreições.

Vamos descrever detalhadamente o tratamento mais moderno — o tratamento cirurgico.

Empregaremos o tratamento cirurgico, todas as vezes em que o tratamento medico for improficuo.

O tratamento cirurgico consiste em anastomosar-se a extremidade peripherica do facial, com a extremidade central de um nervo vizinho.

Os nervos mais empregados são: o espinhal, o glosso-pharyngeo e o grande hypo-glosso.

E' mais usada a anastomose do facial com o espinhal, isto é, a anastomose espino-facial.

Neste processo une-se a extremidade paralysada do nervo facial, com um dos ramos do espinhal, em regra geral, nos servimos do seu ramo externo, isto é, o ramo destinado ao musculo trapezio.

Schäffer, de Edimbourg, praticou a anastomose com o glosso-pharyngeo.

Segundo os dados clinicos da histo-physiologia actual do systema nervoso, admitte-se que após a secção de um nervo motor, sua extremidade peripherica achando-se, portanto, separada do seu centro trophico, perca toda a excitabilidade e apodere-se della, uma degeneração chamada walleriana.

Essas modificações se estendem, sobre todo o

comprimento do segmento distal, desde o ponto em que foi lesado o nervo, até as suas mais tenues ramificações terminaes.

A extremidade central, contrariamente a precedente, conserva-se illesa.

Se as duas extremidades do nervo seccionado forem reunidas, os cylindro-eixos, em via de vegetação, insinuam-se por entre as antigas bainhas de Schwann da extremidade peripherica, chegando dest'arte ás suas ultimas ramificações.

A regeneração nervosa seria feita á custa da extremidade sã, que é, como sabemos, a extremidade central.

Depois disto, a anastomose da extremidade central de um nervo intacto com a extremidade paralysada do facial é admissivel.

Theoricamente não pode pairar no espirito o mais intransigente a menor duvida.

No que diz a pratica, já não succede assim.

Nas experiencias feitas, a anastomose tem sido estabelecida immediatamente depois da secção do nervo.

Numa paralysia facial antiga não é a regeneração do nervo que nos occupa, e sim o estado do musculo, que é preciso se examinar afim de

ver se a substancia contractil está degenerada ou se ella é susceptivel de exercer suas funcções.

Comprehende-se que estando a contractilidade muscular destruida, toda e qualquer intervenção terá necessariamente resultado nullo.

Assim nos diz Munch.

As pesquisas de Ballance e Stwart têm como corollario clinico, tirar completamente o prognostico da paralysia do estado do musculo e não do estado do nervo, servindo aquelle de criterium da questão.

O espinhal escolhido por Faure para effectuar a anastomose com o facial, tem sido adoptado pela maioria dos auctores.

Devemos seccionar o facial o mais perto possivel do buraco estylo-mastoideo, com o fim de darmos á extremidade peripherica, sobre a qual devemos operar um comprimento tão consideravel quanto possivel, para deste modo facilitarmos as manipulações cirurgicas.

Quanto ao espinhal devemos procurar o ramo que vae ao musculo do trapezio, para procedermos a anastomose.

Este ramo preenche o fim desejado. Assim pensam M. Faure, Morestin e M. Villar.

No entender de Cushing, a conservação dos filetes destinados ao esterno-cleido-mastoideo é dispensavel, e portanto elle anastomosa o tronco do facial seccionado com o do espinhal completamente seccionado tambem.

Certos auctores, dentre os quaes Ch. Ballance e H. Ballance, preferem a greffe lateral na anastomose espino-facial.

Elles fazem uma ligeira incisão na bainha conjunctiva do espinhal e entre os labios dessa incisão inserem o tronco seccionado do facial.

Este processo tem a vantagem de evitar a paralysia do musculo esterno-cleido-mastoideo e trapezio.

Hackenbruch destacou cerca de dous terços do tronco do espinhal e implantou sua extremidade livre, em uma incisão longitudinal praticada no tronco do facial.

Não deixamos de reconhecer nestas operações, os seus defeitos, como sejam a paralysia e atrophia da espadua correspondente.

PROPOSIÇÕES

1.ª SECÇÃO

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A arcada crural ou femoral, chamada impropriamente ligamento de Fallopio, ligamento de Poupart, é uma fita fibrosa, muito resistente, que vae da espinha iliaca anterior e superior, á espinha do pubis.

II

O annel crural é um largo orificio, que faz communicar a cavidade abdominal com o triangulo de Scarpa.

III

O triangulo de Scarpa é o espaço comprehendido entre a arcada crural, o musculo costureiro, e o primeiro adductor.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A arteria radial é situada no trajecto de uma linha, indo da parte media do cotovello á apophyse estyloide do radius.

II

A arteria radial está collocada na bainha do redondo pronador.

III

Não se deve encontrar o nervo radial, quando se liga a arteria radial, porque esta, como vimos está na bainha do redondo pronador, e aquelle na do longo supinador.

2.ª SECÇÃO

HISTOLOGIA

I

O neuronio é formado de um corpo cellular e de prolongamentos.

II

Os corpos cellulares constituem as antigas cellulas nervosas, e com a parte inicial dos prolongamentos, formam a substancia cinzenta dos centros nervosos.

III

Certos prolongamentos, são as antigas fibras nervosas e formam os nervos e a substancia branca dos centros.

BACTERIOLOGIA

I

Parasita ubiquitario por excellencia, o bacillo de Koch, tem no escarro, a sua residencia commum.

II

Retido nelle, esse bacillo logo se desaggrega, quando o escarro, já secco, se pulveriza e dissemina na atmosphera.

III

Nessas particulas pulverulentas o virus conserva as resistencias quasi indestructiveis da sua condição esporular.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Os sarcomas são tumores malignos formados de tecidos de substancia conjunctiva.

II

Ao inverso dos cancros epitheliaes, esta especie de tumores attinge particularmente os individuos moços.

III

As cellulas dos sarcomas estão em estado de proliferação activa e desordenada.

3.ª SECÇÃO

PHYSIOLOGIA

I

O nervo optico não transmitte ao cerebro senão sensações luminosas.

II

Toda excitação mecanica ou electrica do nervo optico é traduzida por um phenomeno luminoso.

III

E' por intermedio da retina que a luz tem acção sobre o nervo optico.

THERAPEUTICA

I

O mercurio é um metal muito denso, liquido na temperatura normal, e emitte vapores em todas as temperaturas.

II

O mercurio combinando-se com o chloro dá o calomelanos e o sublimado corrosivo.

III

O mercurio é o especifico da syphilis.

4.ª SECÇÃO

HYGIENE

I

Si a terra é, como queria Karl Ritter, o corpo da humanidade e o homem a sua alma, si a doctrina do meio physico, sustentada por Buckle e Taine, assenta em base scientifica, nada ha mais dependente da natureza physica do que o homem.

II

Buckle admitte que as civilizações são a obra do esforço do homem para domar a natureza e que, quando esta é mais potente, lhe anniquila o espirito de iniciativa.

III

Nas zonas temperadas a periodicidade das estações dá á natureza tons differentes, alegres na primavera, tristonhos no inverno, e, pelos contrastes, obriga o homem a exercer actividade para precaver-se dos

accidentes climatericos; portanto, a raça deve ser energica, vigorosa, apta para os grandes labores physicos e intellectuaes.

MEDICINA LEGAL

I

Chama-se estupro o acto pelo qual o homem abusa com violencia de uma mulher, seja virgem ou não.

II

Por violencia entende-se não só o emprego da força physica, como o de meios que privarem a mulher de suas faculdades physicas, e assim da possibilidade de resistir e defender-se, como sejam o hypnotismo, o chloroformio, o ether e em geral os anesthesicos e narcoticos.

III

O codigo pune quem praticar semelhante acto com a pena de prisão cellular de um a seis annos, salvo si a mulher estuprada for prostituta o que diminuirá a pena para seis mezes a dous annos.

5.ª SECÇÃO

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A arthrite blennorrhagica é uma localisação articular da infecção gonococcica.

II

Todas as articulações podem sêr attingidas; porem o joelho, principalmente o esquerdo, é o logar de eleição.

III

Nas formas suppuradas, a arthrotomia precoce é indicada.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A autoplastia é a mais bella conquista da cirurgia hodierna.

II

Na rhinoplastia, incontestavelmente, o melhor methodo é o indiano.

III

Nas autoplastias em geral, cabe ao methodo francês a supremacia.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

As luxações do maxillar inferior só podem dar-se para deante.

II

Nos casos de luxação do maxillar inferior, levando-se o dedo ao vestibulo da bocca do doente, em busca da borda anterior das apophyses coronoides, encontramos mais facilmente a apophyse do lado luxado.

III

Para reduzirmos esta luxação, é preciso levarmos a principio o condylo maxillar para baixo e depois para traz.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

Quando a hernia obliqua externa é um pouco vo-

lumosa e fica estacionada na depressão infundibuliforme, que corresponde ao orificio inguinal profundo, constitue isto a ponta de hernia, de Malgaigne.

II

Si o tumor enche todo o canal inguinal sem o transgredir, temos a hernia intra-inguinal de Boyer, intersticial de Dance, intraparietal de Goyrand.

III

Quando a hernia passa pelo orificio externo e faz saliencia entre os pilares, temos a hernia inguino-pubianna de Gosselin ou bubonocele; cabendo o nome de oscheocele ou hernia inguino-escrotal, quando desce até o escrotum.

6.ª SECÇÃO

PATHOLOGIA MEDICA

I

O paludismo apresenta manifestações pyreticas e apyreticas.

II

A's pyrexias prendem-se os typos intermittente, remittente e a typho-malaria de alguns auctores.

III

As manifestações apyreticas constituem as formas larvadas do paludismo.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

O sopro systolico da ponta do coração é pathognomonico da insufficiencia mitral.

II

Na insufficiencia mitral nota-se a diminuição da bulha diastolica da aorta e reforço do segundo tom pulmonar.

III

A insufficiencia mitral, é a mais curavel dentre as lesões oro-valvulares, maxime em sua forma aguda.

CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

I

Nos casos de insufficiencia aortica, pela escuta, ouve-se um sopro substitutivo da segunda bulha, na base do coração, á direita do esterno.

II

A insufficiencia aortica pode sêr de origem arterial ou cardiaca; constituindo a primeira, a molestia de Hogdson, a molestia de Corrigan a segunda.

III

E' commum na insufficiencia aortica, a morte repentina, realisando assim, o anhelo supremo dos mortaes: morrer sem padecer.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Movimentos expiratorios convulsos precedidos e succedidos de violentas inspirações, eis a tosse,

II

Exprimindo na maioria das vezes, um acto reflexo, consagrado a defeza do organismo no seu esforço de expungir de corpos extranhos ou de productos mor-

bidos á superficie dos canaes aereos, a tosse é noutras occasiões um factor poderoso de espoliação nervosa, impossibilitando o repouso, a alimentação, o somno.

III

Com a tosse o mesmo succede, que com a dyspnéa, com a febre, com a inflammação, com a descarga convulsiva do mal comicial, com os vomitos e a diarrhéa da uremia; todos esses processos, num determinado limite, significam uma necessidade, por bem dizer, physiologica, todos elles têm seu pé de positiva utilidade.

7.ª SECÇÃO

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Os xaropes são soluções medicamentosas de consistencia pouco fluida contendo, em geral, dous terços de seu peso, de assucar.

II

Os xaropes são talvez as preparações pharmaceuticas mais empregadas.

III

Dividem-se os xaropes em simples e compostos, segundo elles contêm um ou varios medicamentos.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

O pneumococco lanceolado é o microphyto causador da pneumonia lobar.

II

O micro-organismo pneumonico reveste quasi sempre a figura de diplococco; assim Weichselbaum com muita propriedade o nomeou por *diplococcus pneumoniæ.*

III

Resulta a alludida forma microphytica da juncção em numeros pares de coccos lanceolados; em cada par os coccos se affrontam pelas extremidades afiladas; agrupando-se dois a dois, chegam a constituir cadeias, em geral rectilineas e curtas; d'ahi a designação de Gamaleia: *streptococcus lanceolatus Pasteuri.*

CHIMICA MEDICA

I

O hydrato de trimethylhydroxethylenammonio é extrahido da bilis do boi e do porco.

II

Sua synthese foi realisada por Wurtz, fazendo reagir a trimethylamina sobre a monochlorhydrina do glycol.

III

A solução aquosa de chlorureto de trimethylhydro-

xethylenammonio, tratada pelo oxydo de prata dá a nevrina.

8.ª SECÇÃO

OBSTETRICIA

I

A suppressão das regras é um signal de grande importancia, quando ella se produz numa mulher moça, habitualmente bem regrada, de bôa saude e na qual não se ache nenhuma outra causa da amenorrhéa.

II

A percepção dos ruidos do coração, ou dos movimentos activos do feto, por meio da auscultação, é o signal de certeza por excellencia de prenhez.

III

Esta regra soffre excepção quando o feto morre no utero.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A placenta previa traz comsigo um prognostico sombrio para a mãe e o feto.

II

Chama-se placenta previa a inserção da placenta no segmento inferior do utero.

III

As causas que produzem a inserção da placenta no segmento inferior são ainda pouco conhecidas.

9.ª SECÇÃO

CLINICA PEDIATRICA

I

A paralysia espinhal infantil sobrevem, o mais das vezes, na convalescença de uma molestia infectuosa.

II

Ella pode apresentar-se sob a forma epidemica, haja vista a epidemia de Sainte-Foy, relatada por Cordier.

III

Esta affecção attinge o seu maximum de frequencia na primeira infancia.

10.ª SECÇÃO

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

O glaucoma é uma perturbação de nutrição do globo do olho consistindo essencialmente no augmento da tensão intra-ocular.

II

Este augmento de tensão pode sobrevir primitivamente ou depois de uma affecção anterior.

III

D'ahi temos duas especies de glaucomas, glaucomas primitivos e glaucomas secundarios.

11.ª SECÇÃO

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A leucokeratose é uma alteração das mucosas der-

micas, caracterisada por um espessamento da mucosa, que toma os caracteres da epiderme, e sua tendencia em se transformar em epithelioma.

II

Esta affecção tem sido, principalmente estudada na mucosa buccal onde tem recebido varios nomes, como psoriasis lingual, leucoplasia buccal.

III

Quando a leucokeratose é espessa e cheia de fendas e que se teme o apparecimento imminente de um epithelioma, o melhor tratamento consiste na descorticação com o thermocauterio.

12.ª SECÇÃO

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

As condições de hyperhemia e de ischemia encephalica realizam manifestações diversas das vesanias.

I

O estado atheromatoso dos vasos cerebraes é causa determinante de certas psychopathias, as loucuras por atheromasia de A. Voisin.

III

A este estado anatomico dos vasos prendem-se tambem a melancolia perplexa de Lasègue e os loucos gemedores de Guislain.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 4 de Outubro de 1904.

O Secretario

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.